

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

743

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Raymond PERROTTE

Né le 1^{er} Mai 1909 à Paris

Traitement chirurgical
de l'Entropion spasmodique

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1935

617

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Raymond PERROTTE

Né le 1^{er} Mai 1909 à Paris

Traitement chirurgical de l'Entropion spasmodique

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1935

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

W.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologiq.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale.
 LEVEUF Patholog. chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS . . Patholog. chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Patholog. chirurgicale.
 TROISIER Pathol. expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GLAVE Pathologie chirurgic.
 USQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
 LEVEU-LEMAIRE . . . Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BRULÉ
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 PASTEUR-VALLERY-
 RADOT
 SÉZARY

MM

BASSET
 BROcq
 CADENAT
 HEITZ-BOYER
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE
 GUENIOT
 LE LORIER Clinique Obstétricale.
 LÉVY-SOLAL
 METZGER

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA PETITE MICHELLE

A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR TERRIEN
Professeur de Clinique Ophtalmologique

*Qui a bien voulu me faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage très respectueux.*

A M. LE DOCTEUR POULARD

Médecin du Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital Lariboisière

Qui a bien voulu me guider dans l'élaboration de cette thèse. En témoignage de reconnaissance.

AU DOCTEUR GUILLAUME LOUIS
Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours

AU DOCTEUR CHEVÉ
AU DOCTEUR BONNIN
AU DOCTEUR GAUDEAU
AU DOCTEUR HUC
AU DOCTEUR DÉNOYELLE

*Qui ont été les guides bienveillants de mes
premières années d'étude.*

A TOUS MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

AVANT-PROPOS

Nous avons l'intention — dans cette étude — d'exposer une méthode opératoire nouvelle pour traiter l'entropion spasmodique d'origine angulaire externe. Cet entropion se développe à la paupière inférieure. Il peut être modéré, et dans ce cas les cils se portent simplement vers la cornée dont ils frottent la surface. Il peut être très accentué, et les cils disparaissent complètement derrière la paupière enroulée.

Depuis le début de son application, ce procédé nous a permis de guérir tous les entropions spasmodiques, d'une façon qui paraît définitive.

Ce mode opératoire a été appliqué une fois à un entropion de la partie externe de la paupière supérieure, et ce fut avec le même succès.

Cette méthode réalise donc un progrès et est, de ce seul fait, intéressante ; mais la simplicité de sa technique, ainsi que nous l'exposerons plus loin, lui donne un nouvel avantage.

DIVISION

Par ces quelques mots, nous indiquons les lignes générales du présent exposé.

HISTORIQUE. — Il nous a paru intéressant de mentionner les procédés employés depuis l'antiquité pour corriger l'entropion. Les médecins grecs avaient déjà essayé de nombreux traitements contre cette affection ; et l'ignipuncture par exemple a été reprise depuis, bien qu'actuellement elle ne soit plus guère employée. Les médecins du moyen-âge avaient également employé plusieurs méthodes pour corriger l'entropion.

PROCÉDÉS ACTUELS. — Au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'époque actuelle, les méthodes sont de plus en plus nombreuses et nous avons voulu citer les principales, pour bien marquer l'évolution d'une technique dont l'abondance des méthodes montre bien qu'elles ne donnent pas toujours un résultat définitif.

MÉTHODE DE POULARD. — En opposition avec

toutes ces précédentes méthodes, nous exposerons celle de Poulard, et invoquerons les raisons pour lesquelles elle nous semble préférable.

En une manière d'illustration, nous ferons connaître un certain nombre d'observations qui nous ont été transmises par le Docteur Goumy.

HISTORIQUE

Nous allons faire maintenant un bref rappel des méthodes employées par les médecins pour essayer de corriger l'entropion. Les anciens médecins grecs s'étaient déjà préoccupés de cette affection et Anagnostakis divise les opérations faites par les anciens contre cette maladie en quatre méthodes :

1° *Renversement du bord palpébral* : Ce procédé consistait probablement à étrangler un pli cutané avec des sutures, de façon à obtenir sa mortification. On appliquait également un caustique à base de chaux vive pour provoquer une escharre.

2° *Transplantation du sol ciliaire* : Procédé de Celse perfectionné par Paul d'Egine. Division du bord palpébral en deux feuillets, excision d'un lambeau myrthiforme de la paupière ; suture embrassant le feuillet antérieur seulement de manière à le faire glisser sur le feuillet postérieur.

3° *Destruction des bulbes ciliaires*. — Cette méthode est réservée au cas où les cils déviés sont peu nombreux : on arrachait les cils et on introduisait dans leur trajet une aiguille rougie.

Nous noterons ici que l'ignipuncture, utilisée depuis la plus haute antiquité, a été reprise au moyen âge. De nos jours on a employé le thermocautère, l'électrolyse, qui ne semblent pas avoir donné des résultats constants et qui en tous cas ne tendent guère à s'appliquer qu'au trichiasis partiel (1).

Les médecins du moyen âge appliquaient, en présence d'un entropion une méthode qui nous semble actuellement un peu trop radicale. Le mal est-il causé par l'enroulement du bord palpébral ? Il faut enlever ce bord. Il est bien certain que l'entropion avait disparu, mais ce remède nous semble à peine préférable à la maladie. Cette méthode ne doit être employée —et encore, que lorsqu'on ne peut pas faire autrement. D'abord parce que la cicatrice peut être irritante pour le globe oculaire, et ensuite parce que du seul point de vue esthétique, l'opération est difficilement admissible.

Cette opération fut surtout appliquée par Bartisch (1583) et Heister (1722).

Le procédé opératoire de Flarer a rendu pour la première fois systématique le dédoublement de la

(1) Encyclopédie française d'ophtalmologie, T. V.

paupière, ce qui forme le premier temps de beaucoup d'opérations modernes.

Ces dernières vont d'ailleurs être résumées dans le chapitre suivant, ce qui marquera bien, à notre avis, l'évolution de la technique opératoire.

MÉTHODES ACTUELLES

L'entropion non cicatriciel reconnaît essentiellement deux causes :

1° L'entropion d'origine réflexe irritative : par exemple les kératites, qu'elles soient superficielles, ulcéreuses ou interstitielles peuvent donner un entropion. Fréquemment aussi les lésions de la paupière, telles que l'eczéma, une fissure située à l'angle externe, le prurit, sont à l'origine d'une déformation de la paupière. Celle-ci peut se produire également s'il existe une conjonctive, aiguë ou chronique. A la suite d'une opération de cataracte, on voit quelquefois survenir un entropion et beaucoup d'auteurs ont incriminé le pansement que l'on est obligé de laisser quelques jours.

2° L'entropion sans lésion irritative apparente : c'est l'entropion dit sénile, ou spasmodique par contracture légère de l'orbiculaire ; il est beaucoup moins intense que le précédent.

Si nous avons rappelé brièvement l'étiologie de l'entropion spasmodique, c'est qu'il va de soi que

le traitement spasmodique tiendra le plus grand compte de la cause première. Nous allons donc indiquer quels sont les procédés employés par les ophtalmologistes, pour en arriver à exposer la nouvelle méthode qui fait l'objet de cette thèse.

Si une conjonctivite est en cause, on traitera l'affection pour voir souvent l'entropion disparaître... S'il s'agit d'une kératite, une médication à la cocaïne peut être suffisante pour que tout rentre dans l'ordre. Dans l'entropion spasmodique sénile, on peut faire une simple traction de la paupière inférieure ou faire une application de collodion : on se sert d'une petite baguette chargée de collodion et on l'applique sur la paupière inférieure parallèlement au bord palpébral : la baguette déprime la paupière et les deux lèvres du sillon adhèrent sous l'effet du collodion. Les procédés opératoires successivement découverts vont être décrits maintenant :

Les sutures : Elles ont pour effet de provoquer des brides fibreuses dans le tissu cellulaire, ce qui cause un plissement et par conséquent un redressement de la paupière.

Sutures de Gaillard. — On se sert de fils armés d'aiguilles aux deux bouts. La première aiguille d'un des fils traverse la peau de la paupière immé-

diatement au-dessous du bord palpébral. Elle est ensuite dirigée en bas et ressort à la partie inférieure de la paupière après avoir cheminé sous la peau. L'autre aiguille pénètre de la même manière dans la paupière à trois millimètres de la première, et après avoir suivi un chemin parallèle, elle ressort tout près du point de sortie de la première aiguille. Les deux chefs du fils sont alors noués sur un tube de caoutchouc, sur un bourrelet d'ouate ou une perle. La ligature fait plisser la peau, met le bord palpébral en place et même en ectropion. L'effet augmente avec la constriction du nœud. Il faut toujours aller au delà de l'effet à obtenir car au moment d'enlever les fils l'effet devient moindre. Suivant l'étendue de l'entropion on place deux ou trois fils que l'on enlève tardivement, au bout de 6 à 10 jours pour que les brides cicatricielles puissent se produire.

Sutures de Snellen. — Leur effet est analogue. Les aiguilles d'un fil armé aux deux bouts sont introduites dans le fond du cul de sac inférieur, à côté l'une de l'autre. Elles perforent la paupière d'arrière en avant et ressortent par la peau dans un point correspondant à l'entrée. Elles rentrent sous la peau et cheminent de bas en haut jusqu'au bord libre. Les deux chefs sont alors noués sur une perle ou un bourrelet d'ouate.

Procédé décrit par Valière Vialex. C'est la cautérisation mixte (Morax).

Il consiste à pratiquer une incision de la peau parallèlement au bord ciliaire, dans toute son étendue, à 4 ou 5 millimètres de lui. L'opérateur dissèque la peau jusqu'à ce que soit mise à nu la face antérieure du tarse recouverte du muscle orbiculaire, dont on resèque une languette comprenant la portion toute marginale du muscle. On fait alors une cautérisation profonde, linéaire, dans toute l'étendue de l'incision et on suture la peau sans la reséquer.

Procédé de Celse. — On enlève un lambeau de peau ovulaire et parallèle au bord ciliaire.

Procédé de Carron du Villars. — Ce procédé consiste à enlever deux ou trois petits plis verticaux dont on rapproche les bords. Injection d'alcool dans la paupière inférieure : on fait à trois millimètres des cils une première injection de novocaïne à 2 %. On laisse l'aiguille et cinq minutes après on injecte 1 centimètre cube d'alcool : il y a paralysie du facial, puis action sclérosante.

Opération de Poulard et Michaud. — On pratique d'abord l'anesthésie locale comme pour les in-

interventions de cette région. Instillation entre les paupières de quelques gouttes de cocaïne à 4 % et injection dans l'épaisseur de la paupière inférieure de deux centimètres cubes d'une solution de novocaïne avec adrénaline.

1^{er} temps. — Incision des téguments. — L'incision des téguments se fera à 5 ou 6 millimètres du bord palpébral et parallèlement à ce bord. On incisera successivement la peau, le tissu cellulaire sous cutané, les fibres de l'orbiculaire et on se trouvera à ce moment dans une nouvelle et mince couche de tissu cellulaire recouvrant immédiatement le tissu fibreux du septum orbitaire auquel on emprunte les fibres conjonctives qui maintiendront la paupière redressée.

2^e Temps. — Direction d'une lame fibreuse ou de trois languettes fibreuses. — Dans la couche formée par le septum on dissèque une lame dans le bord libre de laquelle on passe trois anses de fils. Au lieu d'une lame on peut aussi bien isoler trois languettes, à condition qu'elles présentent une résistance suffisante. Il faut faire attention à ce moment de ne pas inciser la lame fibreuse très mince qui ferme l'orbite.

3^e Temps. — Passage des fils. Les deux chefs de chaque anse de fils sont conduits de haut en bas

sous les téguments de la paupière, de façon à ce qu'ils sortent l'un près de l'autre à la surface cutanée, un peu au dessous du bord palpébral (environ à deux millimètres).

4° *Temps*. — Correction de l'entropion. — Les chefs de chaque anse sont noués ensemble sur un rouleau de papier sulfurisé ou sur une petite languette de gomme. A ce moment le bord palpébral se redresse vers la lame ou les languettes fibreuses qui vont le fixer et le maintenir. On peut sans inconvénient obtenir un certain degré d'éversion de la paupière ; on le peut d'autant mieux que la peau restant intacte, il n'y a pas lieu de craindre une éversion définitive.

Suites opératoires. — On laisse le pansement occlusif deux ou trois jours. Vers le sixième ou septième jour on enlève les fils.

Tels sont les divers procédés qu'on a tour à tour employé contre l'entropion spasmodique. Leur nombre même rend bien compte de leur inefficacité relative. C'est pourquoi l'objet de notre thèse a pour but d'insister sur un procédé nouveau : le *Procédé de A. Poulard*. Celui-ci en effet est logique dans sa conception, simple dans son application et paraît bien être sûr dans ses résultats.

PROCÉDÉ DE M. le Dr. POULARD

Jusqu'alors les divers procédés opératoires agissaient soit sur la peau, soit sur l'orbiculaire. Celle-ci porte entièrement et uniquement sur l'angle externe de l'œil. Le Dr. A. Poulard fut en effet amené à son procédé par l'observation clinique des entropions spasmodiques. Il remarqua en effet que presque tous étaient le résultat de « *tractions ou de rétractions fibreuses dans l'angle externe de la paupière* » : Cet « *entropion d'origine angulaire externe* » (1) siège dans la règle à la paupière inférieure. C'est dans l'angle externe qu'il commence pour s'étendre de là à toute la paupière, mais gardant son maximum dans l'angle externe. Si à ce niveau on tire sur la paupière on sent que celle-ci est amarrée aux plans profonds sous-jacents, retenue dans son déplacement.

La comparaison avec le côté opposé met nettement ce fait en évidence. « En tirant sur la paupière au voisinage de l'angle externe, on perçoit des résistances, on se rend compte qu'il existe des atta-

(1) Nom donné par le Dr Poulard à cet entropion (Annales d'oculistique, Février 1935). Entropion d'origine angulaire externe. Traitement chirurgical.

ches qui retiennent en arrière vers le rebord orbitaire la partie externe de la paupière inférieure ainsi que l'angle externe » (1). Cette traction sur la paupière objective d'ailleurs, le signe clinique qui découle de la présence de ces rétractions fibreuses : le sillon sous marginal.

En effet, lorsqu'on tire en bas et en dehors la paupière inférieure, celle-ci ne se déroule pas comme du côté opposé. « Sur la face conjonctivale de la paupière tirée en bas, on voit d'ordinaire immédiatement au-dessous du bord palpébral, *un sillon sous-marginal* qui persiste même quand une traction ferme sur la paupière laisse voir toute la conjonctive du cul de sac inférieur. Par contre la même expérience faite du côté sain ne laisse voir aucun sillon sous-marginal, la conjonctive du cul de sac inférieur se montre plane, continue, sans dépression, depuis le bord palpébral jusqu'au fond du cul de sac. Entre les deux paupières inférieures le contraste est frappant (2) (fig. et 1 et 2)

Ce sont ces données anatomiques et cliniques qui incitèrent le Dr. Poulard vers son procédé où l'essentiel de l'intervention est dirigé contre les rétractions fibreuses de l'angle externe de la paupière.

(1) A. Poulard. (Annales d'oculistique. Février 1935.)

(2) Annales d'Oculistique. Février 1935.



FIG. 1

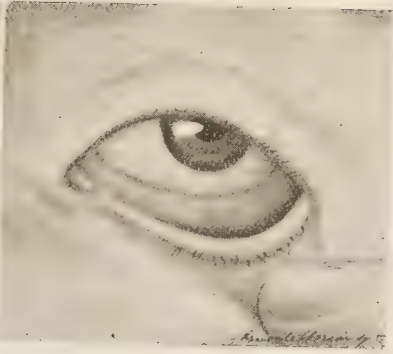


FIG. 2



FIG. 3

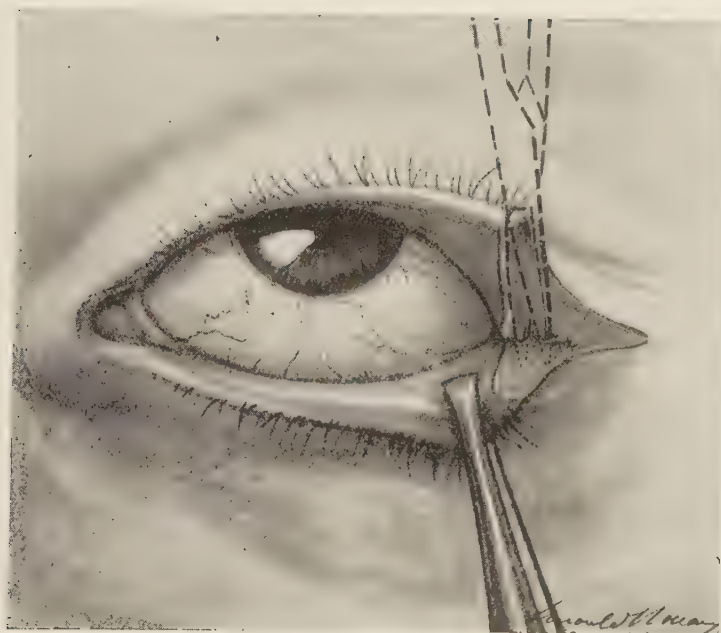


FIG. 4

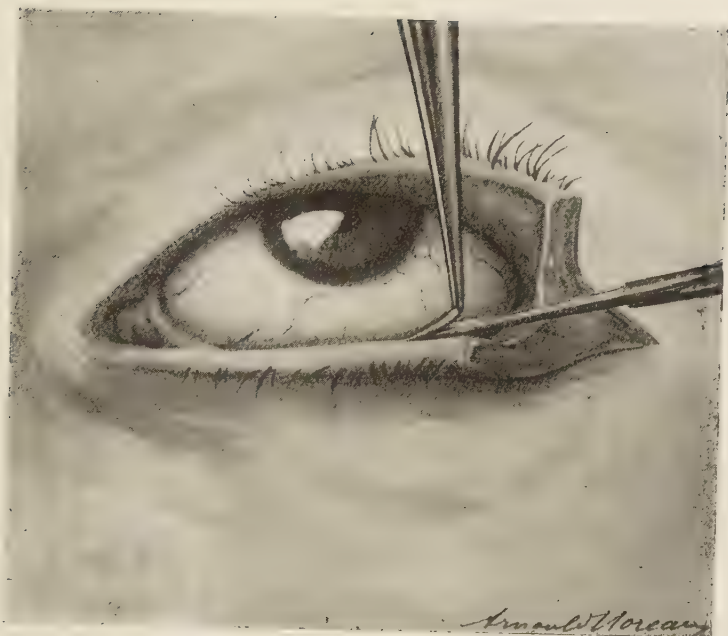


FIG. 5

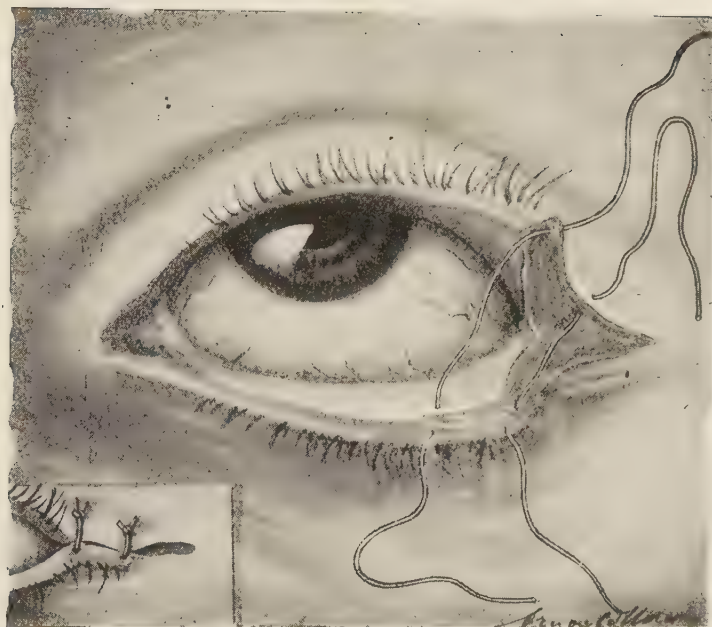


FIG. 6

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION

Voici la description de l'opération par le Dr. Poulard lui-même, parue dans les Annales d'Oculistique : Février 1935 : *Entropion d'origine angulaire externe. Traitement chirurgical.*

« L'action opératoire s'exerce, exclusivement, sur l'angle externe des paupières, même quand l'entropion s'étend à toute la paupière, ce qui est la règle.

1^{er} Temps. CANTHOTOMIE. — Elle se fait en un ou deux coups de ciseaux droits et forts, suivant les indications classiques. (Fig. 3).

2^e Temps. SECTION DES BRIDES. — Dès qu'on a fait la canthotomie, un premier résultat partiel est obtenu dans le redressement du bord palpébral ; mais l'effet de redressement est insuffisant ; le sillon sous-marginal s'est atténué, mais la partie externe de la paupière (canthus) est encore tirée retenue en arrière par ses brides fibreuses. Un simple coup de pointe des ciseaux donné au delà de l'extrémité temporale de la paupière, à quelques millimètres en arrière de cette extrémité (canthus) et perpendiculairement à la lèvre cruentée de la canthotomie, li-

bère immédiatement l'extrémité du bord palpébral et fait disparaître le sillon sous-marginal (Fig. 4).

Pour exécuter facilement cette section, on prend avec une pince ou un fil l'extrémité du bord palpébral et on tire en avant de façon à tendre les fibres qui retiennent la paupière en arrière, dans la direction du bord de l'orbite. La pointe des ciseaux poussée dans la brèche, sent très bien les brides tendues et les sectionne perpendiculairement à leur direction. Cette section porte sur le plan profond sous-cutané de la lèvre inférieure de la canthotomie.

L'opéré est dès lors incapable d'entropionner son bord palpébral, même en faisant de violents efforts d'occlusion des yeux.

Bien qu'il n'y ait pas d'entropion à la paupière supérieure, je fais la même section sous-cutanée dans la lèvre supérieure de la canthotomie. Comme en bas, la paupière, libérée, se mobilise immédiatement.

Il est probable que les modifications de l'angle externe existent à la paupière supérieure, comme à l'inférieure ; mais, les conditions anatomiques de la paupière supérieure, et, en particulier, sa charpente tarsienne, plus solide, l'empêchent de basculer en entropion.

3° *Temps.* MISE EN BONNE POSITION DES PAUPIÈ-

RES LIBÉRÉES. — La partie externe de la paupière inférieure se trouvant entièrement libérée de ses attaches externes, il faut s'opposer à son retour possible en arrière et la fixer dans sa position de déroulement. On y parvient aisément, en pratiquant, dans l'angle externe, une blépharoragie spéciale, très courte, à l'aide de deux points de suture seulement.

Le bord de la paupière inférieure est avivé dans sa partie externe sur une faible longueur (3 à 4 millimètres) ; mais, au lieu d'aviver le bord palpébral à sa partie moyenne, je fais l'avivement plus en arrière, sur le versant postérieur du bord palpébral (Fig. 5).

A la paupière supérieure, je fais un avivement très court, de deux millimètres environ, mais, cette fois, aussi en avant que possible, sur le versant antérieur du bord palpébral, de façon que, au moment de la suture, le versant postérieur du bord palpébral vienne s'appliquer sur le versant antérieur du bord palpébral supérieur.

Deux points de suture suffisent : le premier passe par les extrémités internes des surfaces avivées, l'autre ferme la brèche de la canthotomie (Fig. 6).

Cette manière d'aviver permet d'obtenir une légère éversion de la partie externe du bord palpé-

bral inférieur. Cette éversion n'est peut être pas indispensable ; c'est, en tout cas, une garantie de plus contre le retour de l'entropion.

Les suites opératoires sont insignifiantes. Le pansement est supprimé le lendemain et les fils enlevés quatre ou cinq jours après, leur présence pendant ces quelques jours, n'empêchant pas le malade de se livrer à ses occupations.

Le rétrécissement de la fente palpébrale produit par la petite blépharoraphie est insignifiant, habituellement imperceptible. Si on avait fait une blépharoraphie trop longue, rien ne serait plus facile que d'en diminuer l'étendue quelques semaines plus tard, sans craindre d'influencer le résultat. L'opération ne laisse aucune trace.

Il serait intéressant de montrer d'une manière précise quel est le plus efficace des trois actes successifs de cette opération : 1° — La Canthotomie ; 2° — La section des brides inférieure et supérieure ; 3° — La blépharoraphie spéciale. Pour le savoir, j'ai pratiqué séparément ces divers actes opératoires : 1° — La canthotomie seule fut nettement insuffisante ; 2° — La section isolée (sans canthotomie) fut également sans effet, mais il est possible qu'une technique mieux étudiée puisse donner un résultat ; 3° — La blépharoraphie spéciale n'a pas été pratiquée isolément, mais il me semble qu'elle ne soit

pas capable de donner un résultat sans section des brides qui retiennent l'extrémité palpébrale, en arrière ; 4° — La canthotomie associée à la section des brides, est peut-être capable de guérir l'entropion, sans avoir besoin de recourir à l'aide de la blépharographie spéciale, mais celle-ci donne une sécurité supplémentaire.

S'il est difficile de préciser l'importance relative des divers actes opératoires isolés ou associés de cette opération, il est, en tout cas, un fait indéniable, c'est l'efficacité remarquable de l'opération dans son ensemble ; c'est aussi sa supériorité incontestable sur les procédés qui agissent sur la peau et l'orbiculaire (résection, raies de feu, fils, etc.,) puisqu'elle corrige les entropions que ces anciennes opérations n'ont pu guérir ».

Tel est ce procédé qui marque sur les autres un progrès réel.

Remarquons que ce procédé s'applique également et avec le même succès à l'entropion spasmodique de la paupière supérieure, infiniment plus rare.

OBSERVATIONS

Toutes les observations qui suivent viennent confirmer les bons résultats de la méthode opératoire que nous venons d'exposer. Elles sont dues à l'obligeance du Docteur Goumy qui a bien voulu nous les transmettre.

OBSERVATION I. — (Entropion œil gauche)

M. M... Fernand, 64 ans, s'est présenté à la consultation le 18 décembre 1931 pour un entropion de la paupière inférieure de l'œil gauche. Le 24 décembre 1931, il est opéré par le procédé du Dr Poulard : Anesthésie de l'angle externe de la fente palpébrale. Canthotomie. Section des brides de la commissure externe avec décalage en dehors de la paupière inférieure. Pansement. Le 28 décembre on enlève les fils et le malade est guéri, le bord palpébral est redressé.

OBSERVATION II. — (Entropion œil gauche)

M. T..., Alfred, 75 ans, vient à la consultation pour une conjonctivite de l'œil gauche avec larmolement et entropion de la paupière inférieure de cet œil. Le 28 juillet 1932 il est opéré par le même procédé ; 4 jours après on enlève les fils et le malade est guéri.

OBSERVATION III. — (Entropion œil gauche)

M. L..., Jean, 46 ans, vient consulter le 15 décembre 1933 pour une récurrence d'entropion de la paupière inférieure de l'œil gauche, qui avait déjà été opéré par d'autres procédés à l'hôpital Rothschild. Intervention le 25 janvier 1934. Ablation des fils le 29. Guérison définitive.

OBSERVATION IV. — (Entropion bilatéral)

Mme K..., Marie, 75 ans, se présente à la consultation le 1^{er} décembre 1934 pour un entropion

bilatéral des paupières inférieures. Le 14 mai 1934 intervention sur l'œil gauche. On enlève les fils 4 jours après. Guérison parfaite. Le 14 juin 1934, intervention sur l'œil droit : même excellent résultat.

OBSERVATION VI

(Entropion bilatéral très marqué)

Mme B..., Eugénie, 77 ans, vient le 21 novembre 1934 à la consultation pour un entropion bilatéral des paupières inférieures, très marqué, dont le début remonte à trois semaines. Intervention sur l'œil gauche le 22 novembre 1934 ; on enlève les fils le 26 : très bon résultat. Intervention sur l'œil droit le 27 novembre 1934 : Guérison.

OBSERVATION VII

(Entropion inférieur œil droit)

M. F..., Henri, 76 ans, vient le 6 mai 1933 pour un entropion de la paupière inférieure de l'œil droit. Il est opéré le 23 décembre 1933. Excellents résultats.

OBSERVATION VIII

Entropion spasmodique
de la paupière inférieure de l'œil gauche

Mme G..., Mathilde, 80 ans, présente un entropion de la paupière inférieure de l'œil gauche. Opération le 6 avril 1933. Excellent résultat qui s'est maintenu.

OBSERVATION IX. — (Entropion bilatéral)

M. D..., Arthur, vient le 14 décembre 1934, consulter pour un entropion bilatéral net.

Le 20 décembre l'œil droit est opéré et quatre jours après on enlève les fils. Le 26, l'autre œil est opéré à son tour. La guérison est parfaite.

OBSERVATION X

Entropion spasmodique, paupière inférieure gauche

M. D..., Marcel, vient consulter le 20 mai 1935. L'intervention a lieu le 25 mai et le 29 les fils sont enlevés. Guérison complète.

OBSERVATION XI

(Entropion paupière inférieure droite)

M. V..., Lucien, vient consulter le 6 août 1934. L'opération a lieu le 9 août et quelques jours après avoir enlevé les fils, le malade est guéri.

OBSERVATION XII

Entropion de la paupière supérieure
de l'œil gauche

M. B..., Maurice, vient consulter le 3 avril 1935. Ce malade avait déjà été opéré à différentes reprises par divers procédés. Il avait d'ailleurs été aussi opéré de glaucome. Il est opéré le 20 mai 1935 et est guéri. Après l'opération d'entropion, l'œil opéré de glaucome avec vision nulle a eu de nouveau une tension normale. C'est là sans doute une coïncidence.

OBSERVATION XIII

(Entropion spasmodique de l'œil gauche)

M. G..., Georges, 64 ans, consulte le 8 février 1935 pour entropion ; il présentait en outre une grande ulcération de la cornée. Après l'opération qui a eu lieu le jour même, son entropion est guéri et son ulcération a disparu.

OBSERVATION XIV

(Entropion des paupières supérieure et inférieure droites)

M. D..., André, vient consulter le 18 Mai 1935. Il est opéré le jour même et après ablation des fils, les deux bords palpébraux sont redressés.

OBSERVATION XV

(Entropion de la paupière inférieure droite)

M. D..., Marcel, âgé de 51 ans, vient consulter le 17 avril 1934. Le malade présentait en outre un ectropion à la paupière inférieure de l'autre œil. Il est opéré le jour même et est guéri.

OBSERVATION XVI

(Entropion spasmodique bilatéral)

M. C... âgé de 71 ans, vient consulter le 19 novembre 1932 pour une cataracte de l'œil droit. Il est opéré par le Docteur Bègue et, à la suite de l'opération, apparaît un entropion. On essaye une cautérisation, mais, le 15 juin 1935, l'entropion ré-

cidive. Il est opéré et est guéri. Un mois après, un autre entropion se déclare du côté opposé et, après opération, il y a également guérison totale.

CONCLUSIONS

— Les traitements chirurgicaux contre l'entropion spasmodique sont multiples.

— Aucun d'eux ne guérit à coup sûr l'entropion spasmodique, comme en témoigne la multiplicité des procédés et la fréquence des récidives.

— Cette imperfection des procédés actuels justifie la présentation d'une nouvelle intervention chirurgicale.

— Celle-ci se recommande pour les raisons suivantes :

Elle est d'une grande simplicité.

Elle donne, en ce qui nous concerne, des résultats constants.

Elle ne change en rien l'esthétique de l'œil.

Elle guérit les entropions spasmodiques qui ont résisté aux autres méthodes.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BUSSY. — Ophtalmologie.
— Causeries d'ophtalmologie.
- CANTONNET. — Archives d'ophtalmologie, 1914.
- CANTONNET et VINCENT. — Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris.
- DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique.
- Encyclopédie française d'ophtalmologie. Tomes I, II, IV, V, IX.
- HIPPOCRATE. — OEuvres complètes et Dissertation, par Anagnostakis.
- MARCHADIER. — Thèse de Paris, 1928.
- MICHAUD. — Thèse de Paris, 1926.
- MORAX. — Précis d'ophtalmologie.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux.
- POULARD. — Traité d'ophtalmologie.
— Annales d'oculistique, Février, 1935.
- TERRIEN. — Précis d'ophtalmologie.
— Chirurgie de l'œil et de ses annexes.
— Précis d'ophtalmologie : séméiologie.
- TERSON. — Chirurgie oculaire et ophtalmologie du praticien.
— Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris.
— Annales d'oculistique. (Fév. 1929 et janv. 1933)
— Presse médicale (28 nov. 1928, 12 oct. 1929).
- Valière VIALEX. — Annales d'oculistique (Fév. 1929).

